UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1912-1913 N° 1011

ÉTUDE

SUR LES

Lipômes ostéo-périostiques

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juillet 1913

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GRANDPIERRE (PAUL-RENÉ)

Externe des Hôpitaux

Né le 16 Janvier 1886, à Nancy

Examinateurs de la Thèse

MM. WEISS, professeur..... *Président.*
HAUSHALTER, professeur
FROELICH, agrégé.. .... *Juges.*
G. MICHEL, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^)
1913

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1912-1913 N° 1011

ÉTUDE

SUR LES

Lipômes ostéo-périostiques

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juillet 1913

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GRANDPIERRE (PAUL-RENÉ)

Externe des Hôpitaux

Né le 16 Janvier 1886, à Nancy

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse

MM. WEISS, professeur..... *Président.*
HAUSHALTER, professeur
FROELICH, agrégé..... *Juges.*
G. MICHEL, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^)

1913

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE NANCY

Doyen : M. GROS. O.✻ (I.P.)

Assesseur : M. WEISS. P. ✻(I.P.)

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS ✻ (I.P.) — NICOLAS (I.P.)
PRENANT ✻ (I.P.) — BERNHEIM O.✻ (I.P.)

Professeurs :

Clinique chirurgicale	MM. GROSS O.✻ (I.P.)
Physique médicale	CHARPENTIER ✻ (I.P)
Medecine opératoire	CHÉTIEN (I.P.)
Clinique chirurgicale	WEISS ✻ (I.P.)
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER (I.P.)
Clinique médicale	SPILLMANN (I.P.)
Clinique obstétricale et accouchements	A. HERGOTT ✻ (I.P.)
Hygiène	MACÉ (I.P.)
Clinique médicale	SIMON (I.P.)
Physiologie	MEYER ✻ (I.P.)
Pathologie générale et Pathologie interne	ÉTIENNE (I.P.)
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN (I.P.)
Clinique ophtalmologique	ROHMER (I.P.)
Médecine légale	PARISOT ✻ (I.P.)
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER (I.P.)
Histologie	BOUIN (I.P.)
Anatomie descrip i e	ANCEL (A.)
Anatomie pathologique	HOCHE (I.P.)

Professeurs adjoints :

Clinique d'électrothérapie	MM. GUILLOZ ✻ (I.P.)
Pathologie externe	VAUTRIN (I.P.)

Cours complémentaires :

Clin ques des maladies des vieillards	MM. RICHON (I.P.)
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN (I.P.)
Accouchements	SCHUHL (I.P.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1).	FROELICH (I.P.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES (I.P.)
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ (I P)
Clinique des maladies mentales	PARIS (I.P.)
Cours de médecine operatoire	MICHEL (I.P.)
Thérapeutique et matières médicales	ZILGIEN (I.P.)

Agrégés libres

Agrégés en exercice ;

MM. GUILLOZ ✻ (I.P.)	MM. COLLIN (A.)	MM. BUSQUET.
LAMBERT (I.P.)	DUFOUR (A.)	LUCIEN (A.)
RICHON (A.)	SENCERT (A.)	BINET.
G. GROSS (I. P.)	ROBERT (A.)	PERRIN (A.)
FRUHINSHOLZ(I.P)		

Agrégés libres :

MM. REMY (A.) ; FÉVRIER O.✻ (I.P.) ; ZILGIEN (I.P.) ; FROELICH (I.P.) ; SCHUHL (I.P.) ; JACQUES (I.P.) ; ANDRÉ (I.P.) ; MICHEL (I.P.) ; L. SPILLMANN (I.P.).

M. F. LAMBERT DES GILLEULS ✻ (M.), (I.P.), Secrétaire.

(1) Fondation d'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FROELICH

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

M. le Dr Froelich ayant eu l'occasion de rencontrer un certain nombre de lipomes ostéo-périostiques dans son service, nous avons résolu sur ses conseils de consacrer à cette étude notre thèse inaugurale.

Le lipome ostéo-périostique est une tumeur constituée par du tissu adipeux de nouvelle formation, et caractérisée par son adhérence au squelette.

Le tissu lipomateux étant d'origine conjonctive a comme équivalent morphologique le tissu osseux et cartilagineux, (ces tissus de même origine pouvant par hétéroplasie se succéder et se transformer les uns dans les autres). Le lipome ostéo-périostique est donc le résultat d'un phénomène histologique normal ; et ceci nous explique pourquoi nous ne trouvons pas le lipome uniquement dans les régions où abonde la graisse.

Nous étudierons les lipomes ostéo-périostiques suivant leurs différentes situations sur le système osseux : au crâne, au rachis, aux membres. Il y a lieu aussi de distinguer les lipomes superficiels de ceux qui sont profonds : nous classeront ceux qui nous occupent

parmi les lipômes profonds, étant donné leurs attaches avec le périoste et l'os sous-jacent.

Pour être complet, il faudrait distinguer entre les lipômes congénitaux et les lipômes acquis. Ils sont le plus souvent congénitaux, apparaissant à la naissance, ou dans les premières années de la vie. « D'ailleurs l'épithète de congénital, dit LANNELONGUE, ne doit pas être prise au sens littéral, et n'implique pas absolument la constatation de ces tumeurs au moment de la naissance. Elle indique seulement que les conditions déterminantes de leur formation existaient dans la vie intra-utérine. » C'est ainsi que l'on constate de ces tumeurs qui dans une première période se développent lentement et passent à ce moment inaperçues, et qui dans une seconde période, sous une influence quelconque, prennent un volume considérable et rapide. Ce sont des tumeurs congénitales, qui sont passées inaperçues dans l'enfance, à cause de leur faible volume.

Nous ralliant à l'avis de certains auteurs (1), nous rejetterons du cadre de lipômes ostéo-périostiques ceux qui se développent dans la cavité cranienne et rachidienne, bien qu'ils y adhèrent à leur couche périostique interne. Nous éliminerons de même les tumeurs sacro cocyginennes, les classant dans le groupe complexe des tumeurs caudales, où le tissu lipomateux estassocié aux tissus les plus divers (sarcomes, myxomes, parties fœtales...)

(1) Hurault, Chevrier, Schwartz.

HISTORIQUE

On peut considérer l'histoire du lipome ostéo-péristique comme assez récente : la plus ancienne observation semble être celle de SEERIG datant de 1836.

Dans sa dissertation inaugaurale sur le lipome, HEYFELDER donne 2 observations de lipomes ostéo-périostiques du crâne et de l'os iliaque en 1842. — SMITH en 1866 et 1868 publie deux intéressants exemples de lipomes de l'ischion et du radius. — WOOD en 1875 relate son cas de lipome du crâne adhérent au sphénoïde et vers la même époque Holmes dans un Traité des maladies chirurgicales des enfants publie le 1er exemple de lipome ostéo-périostique de la colonne cervicale.

Les observations isolées se multiplient avec CARL FIEBER (1880). — PETIT, SYDNEY JONES, VOGT (1883). — PEARCE GOULD (1885). En 1891 paraît dans le Traité des affections conjénitales de LANNELONGUE et MÉNARD, le premier chapitre d'ensemble sur la question.

Hurault dans sa thèse de 1900, faite sur les indications de O. Lannelongue rapporte 32 observations.

Schwartz et Chevrier dans la Revue de chirurgie de 1909 reunissent une cinquantaine d'observations, dont quelques-unes personnelles que nous rapportons dans cette thèse.

Maillet dans sa thèse de Bordeaux 1908 donne 60 observations.

Enfin nous présentons ici 6 observations de notre maître, le Dr Frœlich, publiées dans la Revue médicale de l'Est, et dans la Pratique des maladies des enfants.

ETIOLOGIE

L'étiologie des lipomes étant peu précise, nous nous contenterons de donner quelques indications sur leur fréquence, leur siège, l'âge où ils apparaissent, et leur rapport avec les traumatismes.

Le nombre restreint d'observations connues pourrait faire croire que ces tumeurs sont relativement rares, et cependant le fait que notre maître, le Dr Frœlich, en ait personnellement observé 6 cas, permet de dire que cette rareté n'est qu'apparente.

La majorité des auteurs accordent aux lipomes ostéo-périostiques une prédilection pour la femme. A dire vrai, il est difficile d'émettre un avis rigoureux ; car la proportion varie beaucoup suivant chaque auteur.

Les lipomes ostéo-périostiques se développent à tout âge. Dans les observations que nous publions nous en trouvons à la naissance, dans la première enfance ; d'autres ne sont apparus que dans l'adolescence et l'âge mûr.

Nous considérerons comme congénital le lipome

apparu à la naissance, et même souvent celui de l'adolescence, car c'est une tumeur qui sera passée inaperçue à la naissance de l'enfant, à cause de son peu de développement.

Quant à ceux développés dans l'âge mûr nous les considérerons comme acquis, car si on ne peut nier qu'ils soient d'origine conjénitale, on ne peut non plus prouver qu'ils le sont.

Pour établir les rapports du traumatisme avec les lipomes ostéo-périostiques, notons que SCHWARTZ sur 54 observations, rapporte suivant le malade, l'origine de la tumeur à un traumatisme pour 6 cas.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des lipômes est obscure, comme celle de toutes les tumeurs.

Avec SCHWARTZ et CHEVRIER nous distinguerons entre les lipômes ceux qui sont primitivement et ceux qui sont secondairement périostiques ; et c'est la variabilité des adhérences qui servira à les différencier, considérant comme secondaires ceux dont les connexions periostiques sont lâches et comme primitifs, ceux où il y a fusion complète du périoste et de la tumeur. Mais il y a matière à discussion dans de nombreux cas intermédiaires.

La théorie pathogénique des lipômes ostéopériosti ques secondaires peut se faire suivant QUÉNU en plusieurs classes.

Théories nerveuses (diathésiques, nerveuse proprement dite secretoire) qui attribuent le développement des lipômes à un trouble de nutrition sous la dépendance du système nerveux.

1. Théorie diathésique. (VERNEUIL, BROCA) fait intervenir l'arthritisme.

2. Théorie nerveuse proprement dite, admet le trouble de nutrition locale, qui s'explique par la coexistence du lipôme et de troubles nerveux (Bouju, Mathieu, Bucquey.)

3. Théorie secrétoire (Grosch) admet l'accumulation de graisse par insuffisance d'élimination. Cette hypothèse est la moins défendable, et d'ailleurs peut se confondre avec la théorie nerveuse proprement dite.

Théories vasculaires, qui regardent la vascularisation comme le fait initial et obligé aboutissant tantôt à une formation de tissus fibreux, tantôt à une formation exagérée de cellules adipeuses.

1. Lannelongue et Sénac ont émis la théorie de angiome dégénéré.

2. Verneuil a invoqué la théorie traumatique. Le traumatisme en effet produit des modifications circulatoires.

3. Delbet donne la préférence à la théorie inflammatoire arguant de la fréquence des masses fibrolipomateuses développées auteur des viscères enflammés (rein, uretère, vessie, rectum.)

Pour les lipômes osteo-périostiques primitifs, il peut encore s'agir dit Schwartz, de troubles vasculaires d'origines diverses ; ces troubles siégeant dans le périoste. La vascularisation du périoste est en effet des plus intense pendant l'enfance et la période de croissance.

Laquelle de ces théories admettre. — L'origine

dégénérative est certaine, et M. le Docteur FROELICH a eu plusieurs fois l'occasion de constater dans le cas d'extirpation de tumeur vasculaire, la transformation presque totale de la tumeur en tissu liponateux.

Cependant l'origine la plus fréquente semble être celle d'une malformation congénitale primitive au niveau du squelette.

Enfin les connexions de la tumeur avec le cartilage épiphysaire, sur lesquelles LANNELONGUE insiste, semblent montrer qu'il existe un rapport entre ces lipômes et ce cartilage.

Il semble que c'est dans ces trois théories que l'on doive rechercher l'origine pathogénique des lipomes ostéo-périostés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etude macroscopique

Volume. Il est variable du volume d'un pois au volume de la tête d'un foétus à terme.

Consistance. Le plus souvent c'est celle du lipôme, c'est à dire donnant l'impression d'une mollesse particulière. Parfois la sensation de fluctuation a pu induire en erreur. Cette consistance peut ne pas être uniforme et dans les environs du pédicule en particulier, elle est souvent fibreuses, certaines portions ressemblent même à de l'os.

Forme. Pour les petites tumeurs, on a généralement une masse globuleuse et unique. Quand la tumeur est volumineuse, elle semble le plus souvent formée de masses séparées ; mais en réalité c'est une seule masse lobulée.

Coupe. Dans sa partie moyenne, la tumeur a l'aspect du lipome, c'est à dire une teinte jaunâtre. Dans la région du pédicule, où l'on a ordinairement du fibro-lipôme. la coupe est plus résistante et plus blanche.

Si le tissu fibreux prédomine, le lipome prend un aspect lardacé : il en ainsi dans le cas de SEERIG. Quand la tumeur adhère au muscle, on peut trouver des fibres musculaires apparaissant sous forme de traînées rougeâtres.

Mais d'une manière générale, comme le fait remarquer M. le Docteur FROELICH dans la « Pratique des maladies des enfants », l'apect du lipôme ostéo-périosté est un peu différent de celui du lipôme adulte. Sa coupe est plus dense et plus ferme, sa coloration d'un blanc sale et non jaune clair. enfin sa lobulation plus menue.

Une constation analogue a été faite par GUINARD dans un lipôme ostéo-périosté de l'omoplate ; la coupe, à l'œil nu, semblait révéler la présence d'un sarcôme.

LANNELONGUE a insisté sur les relations du lipôme ostéo-périosté avec le cartilage épiphysaire, au niveau duquel se ferait souvent l'insertion de la tumeur.

Etude microscopique.

Cette étude ne nous montre rien de bien particulier

On trouve des amas de grosses cellules adipeuses, à noyaux très accusés et membranes très apparentes. Dans le fibro lipôme, les cloisons augmentées d'épaisseur peuvent étouffer en partie les lobules adipeux. Dans le myxoliporme, on a un stroma muqueux, formé de cellules étoilées.

Parmi les lipômes périostiques, il n'y a pas de cas rapportés de lipômes érectiles : une seule observation de BRAQUEHAYE signale une vascularisation abondante de la tumeur.

Il faut signaler la possibilité de rhabdomyo-lipôme, où la coupe histologique révèle l'existence de muscles striés, bien que la tumeur soit sans adhérences musculaires.

Connexions de la tumeur.

Les lipômes ostéo-périostiques ne sont sont pas ordinairement encapsulés.

Ils ont des rapports de contiguité et de continuité avec les tissus voisins.

La peau est ordinairement soulevée par la tumeur et glisse sur celle-ci facilement ; cependant il est des cas où où il y a adhérence, marquée même par de petites fossettes Les muscles sont également soulevés et étendus par la tumeur, sans adhérence lorsqu'il y a une capsule, avec adhérence lorsqu'il n'y en a pas.

Connexions osteo-périostiques. — La tumeur lipomateuse, dit SCHWARTZ, pénètre dans l'os et l'infiltre en partie : c'est alors un lipome ostéo-périostique. Souvent cependant, le lipome ne fait que se fixer sur le périoste sans pénétrer dans l'os : on a alors un lipome périostique.

Etudions ces connexions suivant leur nombre, leur forme, leur siège.

Les adhérences peuvent être uniques ou multiples ; mais l'adhérence unique est la plus fréquente.

Quand l'adhérence se fait en surface, on a un lipome étalé ; adhérence d'ailleurs variable dont le bistouri peut ou non avoir raison ; quelquefois même cette adhérence, très lâche, est à peine constituée. Dans le lipome pédiculé, l'adhérence est toujours forte. LANNELONGUE et WALTHER pensent que l'implantation se fait au niveau d'un cartilage épiphysaire. Cette thèse est-elle soutenable ? SCHWARTZ répond que sur 15 lipomes périostiques des membres dont il rapporte les observations, la proximité d'un point osseux complémentaire ne peut être invoquée, sans être pour cela démontrée, que dans 10 cas ; et parmi ceux-ci, il en est encore de discutables : dans 4 de ces 10 cas, les pédicules étaient multiples et le voisinage d'un point complémentaire n'était possible que pour l'un d'eux. Il semble sûr que la proximité d'un point complémentaire ne soit pas la règle.

De la lecture des observations ayant rapport à la colonne vertébrale et au crâne, il résulte que les relations des lipômes périostiques avec les sutures crâniennes d'une part, avec les points épiphysaires ou apophysaires d'autre part, ne sont pas nettes.

On ne peut donc faire une règle de l'opinion de LANNELONGUE et de WALTHER.

Modifications squelettiques de voisinage. — Les lipômes ostéo-périostiques produisent sur le tissus osseux des modifications intéressantes à rapporter.

On peut avoir des atrophies et des déviations osseuses par compression. Au niveau des zônes d'adhérences des lipômes des membres, on note souvent de l'exostose, qui est de l'hyperplasie osseuse. On peut avoir à observer des déviations osseuses, produites par la présence de la tumeur. Le mécanisme de cette déformation est discutable. SCHWARTZ est d'avis qu'il peut y avoir une action double : irritation juxta-épiphysaire dynamique, produisant la déviation, et atrophie mécanique par pression de la tumeur. Sans vouloir donner une formule générale de ces modifications osseuses de voisinage, le même auteur conclue que par pression (dans les lipômes étalés), la tumeur peut déterminer de l'atrophie osseuse ou des troubles vasculaires périostiques ; et que par traction (dans les lipômes pédiculés), la tumeur peut irriter chroniquement le périoste et amener la formation d'hyperplasie osseuse.

SYMPTOMES

A la naissance et longtemps encore, le lipôme ostéo-périostique peut passer inaperçu en raison de son petit volume, et l'on ne fera appel au médecin que lorsque pour les parents eux-mêmes il deviendra tangible.

Les signes qui permettent de le reconnaître sont: physiques, fonctionnels, généraux.

Signes physiques. — Qu'un lipôme soit circonscrit ou diffus, il a certains caractères invariables : la peau qui le recouvre reste saine, si la tumeur ne la distend pas ; au contraire elle peut être amincie par un lipôme de volume exagéré, et présenter parfois une vascularisation intense.

Un des symptômes les plus marquants est l'adhérence qui unit le derme au lipôme. Quand à la mobilité de la tumeur sur le periosle, elle dépend de l'étendue de son implantation qui peut être telle que le lipôme soit complètement immobilisé. Au palper, le lipôme offre généralement une consistance molle ; cette mollesse peut aller jusqu'à la fluctuation et im-

poser ainsi le diagnostic erroné de collection liquide. Bien que cette consistance molle soit la règle générale, on a des tumeurs lipomateuses élastiques, fermes et mêmes dures. Il y a lieu de faire quelque distinction entre les lipômes circonscrits et les lipômes diffus. La lobulation est le caractère le plus apparent du lipome circonscrit, ses contours sont faciles à délimiter, alors même que la tumeur est située dans la profondeur des tissus. Le lipome diffus au contraire est une tumeur étalée, ses contours sont faciles à délimiter.

Signes fonctionnels. — Le lipome est le plus souvent une tumeur indolente ; mais s'il ne cause que rarement de la douleur, il produit souvent des phénomènes de gêne et de compression.

Signes généraux. — Le lipome n'a pas grande influence sur l'état général, sauf le cas de tumeur volumineuse chez un enfant, qui nécessite de la part du malade un effort nutritif trop grand. D'ailleurs, l'absence de ganglions est une assurance de la bénignité de ces tumeurs.

ÉVOLUTION

Il faut envisager les lipômes ostéo-périostiques suivant qu'ils sont ou non congénitaux.

Les lipômes ostéo-périostiques congénitaux ont un développement lent et progressif, sujet même à des états stationnaires pendant lesquels la tumeur ne croit plus, et l'on voit ainsi des lipomes portés jusqu'à un âge avancé par des malades qui n'en sont nullement incommodés.

Le lipôme congénital au contraire est sujet à un développement rapide. LANNELONGUE, a beaucoup insisté sur ce fait qui peut faire prendre pour un sarcôme, un lipôme qui « s'enfle à vue d'œil ».

Et cependant la dégénérescence maligne des lipômes admise jadis par DUPUYTREN est à rejeter : son opinion de la transformation du lipôme en carcinome est fausse, autant que celle de BROCA, qui voulut faire admettre celle de la transformation du lipôme en sarcôme. (Traité des tumeurs.)

Les examens histologiques ont démenti ces deux

opinions et ont montré que presque toujours on avait affaire à du lipôme pur.

La régression spontanée du lipôme n'existe probablement pas non plus ; car si tous les auteurs en parlent, personne n'en a apporté d'observation probante.

Quand à la récidive quelquefois observée, on peut la mettre sur le compte des difficultés opératoires n'ayant pas permis de ruginer convenablement le point d'inflammation du pédicule.

PRONOSTIC

Le pronostic de ces tumeurs est presque constamment bénin. Cependant un lipôme congénital peut par son volume au moment de l'accouchement occasionner une certaine dystocie ; mais la réductibilité de la tumeur se prête le plus souvent aux différents temps de l'opération, et bien qu'il nécessite parfois l'application du forceps, le pronostic reste favorable.

Chez le nouveau né, le pronostic ne pourrait devenir grave qu'autant que la tumeur nécessiterait une intervention importante à cause de son accroissement rapide.

Mais plus l'enfant est âgé, meilleur est le pronostic, et si nous avons affaire à un adulte, on peut presque à coup sûr envisager un bon pronostic. Seule la région de l'implantation peut faire surgir quelques difficultés : c'est alors du ressort de la technique opératoire.

DIAGNOSTIC

Pour faire le diagnostic, nous allons les étudier suivant leur siège au crâne, sur le rachis et sur les membres.

Quand on aura affaire à une tumeur à évolution rapide, que l'on supposera être un lipôme ostéo-périostique crânien, il faudra faire le diagnostic différentiel avec le sarcôme, et alors l'examen histologique nous donnera des certitudes.

Dans les tumeurs à évolution lente, le diagnostic différentiel avec l'encéphalocèle se fera par la réductibilité de cette tumeur et son augmentation sous les cris de l'enfant.

Chez l'adulte, on a souvent confondu les tumeurs qui nous occupent avec des kystes dermoïdes ; l'erreur n'est pas grave.

Les antécédents et l'épreuve du traitement nous permettront de démasquer des germes syphilitiques qui pourraient simuler les lipômes ostéo-périostiques.

Enfin nous distinguerons du lipôme, le sarcôme des

os du crâne, parceque ce dernier a une évolution plus rapide. une circulation veineuse plus considérable et qu'il reste toujours largement sessile.

Dans les lipômes rachidiens, nous étudierons séparément ceux des apophyses transverses et ceux des apophyses épineuses. Les lipômes ostéo-périostiques des apophyses transverses sont ordinairement situés au cou, et le plus souvent énormes, entrainant avec eux des troubles fonctionnels, tels que dysphagie et dyspnée. On ne les confondra pas avec de angiomes profonds qui eux sont réductibles et n'atteignent jamais un si fort volume. Les kystes congénitaux se diagnostiqueront par leur transparence, si leur situation le permet, et aussi par leur fluctuation.

Les lipômes estéo-periostiques des apophyses épineuses sont ordinairement situés dans la région crânienne ou dorsale, et suivant l'expression de Braquehaye, ils ont la forme de galets aplatis. Il faudra les distinguer du spina bifida, qui est réductible et s'accompagne de symptômes nerveux marqués. Il est plus difficile de les différencier des abcès froids ; cependant la fluctuation plus manifeste et la douleur en un point déterminé aideront au diagnostic.

Cliniquement on ne trouve aucune ressemblance entre les lipômes ostéo-périotiques des membres et l'étude ne peut s'en faire que par la lecture des observations.

Le diagnostic différentiel se fera avec l'abcès froid

qui n'a jamais un si gros volume lorsqu'il ne fuse pas; d'ailleurs l'adénopathie est là qui nous dévoile la tuberculose. Le kyste hydatique musculaire se diagnostiquera par son excessive tension qui le confond absolument avec un corps dur. Le sarcome périostique se diagnostiquera par sa rapidité d'évolution, sa vascularisation abondante et sa fermeté. L'erreur de diagnostic avec le lipôme banal se fera facilement ; au point de vue thérapeutique cette erreur est de peu d'importance.

TRAITEMENT

C'est une tumeur bénigne ; donc si l'évolution est lente il n'y aucun inconvénient à différer l'extirpation qui est l'opération de choix.

Dans le cas de lipôme à évolution rapide, l'extirpation immédiate est indiscutable. Cette opération présente quelques difficultés lorsque le point d'implantation est difficilement accessible. Or ne pas faire une extirpation totale c'est s'exposer à une récidive.

Si on a de la peine à extirper le pédicule en totalité, plutôt que de s'exposer à une récidive, il ne faut pas hésiter à ruginer la surface d'implantation.

On voit que la seule difficulté opératoire de ces lipômes ostéo-périostiques tient à leur situation.

CONCLUSIONS

Nous pouvons conclure que le seul caractère commun des lipômes ostéo-périostiques est constitué par leurs connexions squelettiques.

Leur point d'implantation n'a aucun rapport avec les cartilages de conjugaison, puisqu'il en est de diaphysaires et d'épiphysaires.

La pathogénie du lipôme ne cesse pas d'être complexe, qu'il soit la conséquence d'un angiome dégénéré d'une infection ou d'un traumatisme ; encore que bien souvent il soit impossible de lui trouver une explication pathogénique suffisante.

La symptomatologie du lipôme ostéo-périostique n'a rien qui la différencie de celle du lipôme ordinaire.

Son évolution au contraire est très particulière, SÉBILEAU s'était appuyé sur cette évolution tantôt lente, tantôt rapide pour essayer une classification, mais cette question est encore trop complexe que pour grouper ainsi schématiquement les lipômes ostéo-périostiques, et la simplification de l'étude de

ces tumeurs ne viendra que lorsqu'on pourra, pour les analyser, se baser sur un plus grand nombre d'observations.

Le pronostic est en général des plus favorables.

Le diagnostic n'offre de difficultés que dans le cas de lipômes congénitaux où la rapide évolution peut faire penser au sarcome.

Enfin le traitement se résume dans l'ablation de la tumeur et la rugination du pédicule du point d'implantation.

OBSERVATIONS

SIX OBSERVATIONS PERSONNELLES

de M. le Dr Froelich *(résumées)*

M. le docteur Froelich a rencontré un certain nombre de lipomes ostéo-périostiques (1).

I

L'un d'eux siégeait sur la clavicule chez un petit garçon de 6 ans. Son volume était celui d'une mandarine. L'adhérence à l'os était intime et dut être détachée à la rugine.

II

Un autre cas aperçu déjà à la naissance, fut enlevé au niveau du deuxième métatarsien sur la région dorsale du pied. Il récidiva vers la plante du pied et guérit définitivement après la rugination de ses attaches au métatarsien.

---

(1) Extrait de la Pratique des maladies des enfants, J. B. Ballière, t. VII, Paris 1911.

III

Autre lipome ostéo-périostique du rachis, du volume d'un œuf, implanté sur la face antérieure du coccyx et proéminant en arrière comme un appendice caudal. Ce lipome observé chez un enfant de 2 ans fut extirpé. Guérison sans récidive.

IV

Lipome congénital ostéo-périostique, chez une petite fille de 3 ans. La tumeur entourait la crête iliaque droite et s'était développée à la fois dans la fosse iliaque externe et dans la fosse iliaque interne. Guérison après extirpation.

V

Lipome de l'angle supérieur de l'omoplate avec surélévation congénitale.

SURÉLÉVATION CONGÉNITALE DE L'OMOPLATE

(Dr Froelich. Revue méd. de l'Est, 1910)

C'est une petite fille de 7 ans qui est atteinte de cette malformation au niveau de l'épaule gauche. L'omoplate gauche est surélevée et son angle fait une saillie, visible à l'œil, au-dessus de la partie moyenne de la ligne qui va de l'épaule à l'oreille.

L'omoplate est plus petite que celle du côté opposé, non seulement elle est remontée, mais elle a subi un mouvement de bascule qui a rendu son bord spinal oblique, de la ligne médiane vers la partie moyenne de la clavicule.

La ligne des apophyses épineuses est droite, mais il existe néanmoins une scoliose des corps vertébraux à concavité gauche. Le bras peut être placé en observation, il dépasse légèrement la perpendiculaire, mais ne peut être élevé en l'air, parallèlement à la tête comme celui du côté sain. Ce mouvement est douloureux. Il y a gêne fonctionnelle. Au palper, on sent que la saillie qui trouble la ligne de l'épaule est dure, osseuse, un peu recourbée en avant et en dedans.

L'enfant présente en outre une petite malformation thoracique du côté gauche ; les 4 premières côtes appartenaient à une circonférence de rayon plus grand que les côtes suivantes. Il y a donc là une encoche en escalier sur la partie latérale gauche du thorax.

A la radiographie, on voit l'omoplate avec son bord spinal dépasser largement la clavicule. On aperçoit aussi, partant de la 3e vertèbre cervicale, un prolongement osseux, visible nettement et allant de l'apophyse transverse vers l'angle spinal supérieur, anormalement saillant de l'omoplate surélevée. Ce prolongement est-il complet et analogue à la réunion par os surnuméraire entre la 7e vertèbre et le bord spinal signalé par certains auteurs, comme cause de la malformation ? Peut être aussi s'agit-il d'un rudiment de côte cervicale.

Dans un cas précédemment décrit et opéré, nous avons trouvé comme cause de la surélévation un raccourcissement par sclérose des fibres du trapèze (ce qui rendait la surélévation de l'omoplate analogue au torticolis).

On a aussi fait de la surélévation de l'omoplate une malformation régressive, les grenouilles et certains pois-

sons ayant un prolongement vers le rachis de l'angle supérieur de l'omoplate

Enfin on a attribué la lésion à un arrêt de développement, à une non descente des omoplates pendant la vie intrautérine, pendant laquelle elles sont tout d'abord placées des 2 côtés de la nuque.

La radiographie montre aussi la discordance entre le rayon des 4 côtes supérieures gauches et des côtes inférieures, entre les 2 groupes existe un hiatus bordé par 3 côtes inbriquées l'une sur l'autre.

De plus on voit la scoliose légère à convéxité gauche des corps vertébraux ; elle est située au niveau des 4 premières vertèbres dorsales.

Cette scoliose est due à l'intercalement entre la deuxième et la troisième vertèbre dorsale d'un fragment vertébral surnuméraire triangulaire, placé du côté de la convéxité de la courbure, donc à droite.

La scoliose est trop peu prononcée, pour qu'il soit nécessaire de la traiter. Quant à la surélévation, le trouble fonctionnel est actuellement minime, mais le trouble esthétique est net, les deux peuvent augmenter : nous ferons donc l'ablation du bec saillant de l'omoplate, opération que nous avons déjà pratiquée chez notre premier malade et qui nous a donné un résultat très bon.

L'opération a permis des constatations intéressantes : au niveau de l'angle supérieur spinal saillant de l'omoplate qui fut réséquée, existait une petite tumeur molle du volume d'une noisette, constituée par du tissu lipomateux : les lobules de celui-ci étaient plus denses et plus petits, de plus ils avaient une coloration blanc gris,

comme les lipomes congénitaux, différant de la couleur jaune clair du lipome ordinaire.

Un fragment de 2 centimètres de l'angle de l'omoplate fut enlevé à la pince coupante.

Sur le trajet entre cet angle et la colonne vertébrale, on percevait à travers la plaie un petit noyau gros comme un fort pois. Par une seconde incision postérieure, ce noyau fut extirpé.

Il était composé d'une coque fibreuse qui se perdait à ses 2 extrémités (celle dirigée vers le rachis, et celle qui descendait vers l'omoplate) dans un tractus fibreux.

Dans cette coque existaient 2 noyaux de fibro-cartilages articulés l'un avec l'autre par leur milieu.

Il semble donc bien que dans le cas particulier la surélévation congénitale de l'omoplate était due à l'existence d'une production ostéo-fibreuse embryonnaire entre l'angle de l'omoplate et le rachis cervical.

VI

LIPOME AU NIVEAU DU SCAPHOIDE DU PIED DROIT

(Observé à la clinique de M. le Dr Froelich en novembre 1912)

Il s'agit d'un petit garçon de 3 ans qui semble être atteint au membre inférieur droit de pied bot valgus paralytique.

En l'examinant on se rend compte que cette apparence est dûe à la présence au niveau du bord interne du pied d'une tumeur mollasse, lobulée.

Cette tumeur existait déjà au moment de la naissance,

mais elle augmenta par la suite. Cette tumeur est un lipome qui a repoussé le pied en dehors.

La radiographie fait voir le scaphoïde très réduit et placé dans la tumeur lipomateuse.

Le pied mesure 14 cm. de long, tandis que le gauche mesure 16 cm.

La circonférenc du mollet est diminuée de 1/2 cm.

Les réactions électriques sont normales, il n'existe pas de paralysie infantile.

La tumeur ne gênant pas par son volume, le pied peut être redressé et maintenu dans un appareil plâtré.

VII

LIPOME DU 2e MÉTALARSIEN

MM. Weiss et Sencert, 1909

Il s'agit d'un lipome pur, en tout semblable à ceux qui se présentent journellement au chirurgien. Ce qui fait l'intérêt de cette tumeur, c'est son siège, son origine et ses connexions. Il s'agit, en effet, d'un lipome ostéo-périostique du deuxième métalarsien ; l'on sait que de telles tumeurs sont très rares, très peu connues, d'une pathogénie incertaine et discutée.

Elle a été enlevée à une femme de 57 ans, d'une santé excellente et qui ne présentait aucune autre tumeur de ce genre.

Il y a 20 ans que cette tumeur est apparue sur le dos de pied, non loin de la racine du deuxième orteil. Elle a pris

assez rapidement un volume considérable, empêchant la malade de se chausser. Aussi se décide-t elle à la faire enlever ; la tumeur fut enlevée à la campagne et récidiva peu de temps après. La nouvelle tumeur acquit peu à peu un développement plus considérable que la première et, quand la malade après avoir longtemps supporté cette gênante tuméfaction, se présente à nous, le volume de la tumeur atteignait celui d'un poing. Elle est de forme irrégulière, lobulée ; la peau, mince et tendre glisse au devant de la tumeur qui, par contre, adhère dans la profondeur. A la palpation, la tumeur est molle, faussement fluctuante, et ne laisse aucun doute sur sa nature.

Le 30 octobre dernier, nous pratiquons l'ablation de la tumeur sous l'anesthésie à la stovaïne. L'extirpation est très laborieuse à cause de ses connexions profondes ostéo-périostiques ; après avoir péniblement ménagé les tendons extenseurs des orteils qui s'insinuent entre les lobes de la tumeur, on arrive dans la profondeur au niveau du premier espace inter-osseux, élargi, dans lequel plonge le lipome.

Celui-ci est adhérent sur presque toute la longueur du deuxième métatarsien et quand la tumeur est enlevée, cet os est complètement dénudé, il n'y a plus de périoste. On constate à ce moment que le premier espace inter-osseux est très élargi et les deux premiers métatarsiens, le deuxième surtout, déformés et aplatis.

VIII

LIPOME PÉRICRANIEN

SEERIG, 1836

C. K. âgé de 2 ans 1/2, né de parents bien portants avec tumeur de la grosseur d'un pois dans la région postérieure de la tête. La tumeur grossit rapidement, prit la dimension d'une tête d'enfant, s'étendant jusqu'à la nuque et sur les côtés jusqu'aux oreilles. Elle est recouverte de cheveux et entraîne la tête en arrière, s'intercalant elle même entre les deux épaules, si bien que l'enfant semble avoir deux têtes. A l'examen, la tumeur donnait la sensation d'un sac rempli de laine ; on observait cependant de la fluctuation en deux endroits près de la base, et il existait aussi en un point voisin de la base des pulsations appréciables. Sur les deux côtés de la tumeur, à l'endroit où elle s'intercalait derrière les oreilles, on apercevait des arborisations veineuses variqueuses. A gauche la tumeur semblait assez mobile ; mais à droite, dans la région où l'occipital s'unit au pariétal, l'union de la tumeur avec l'os semblait intime et de plus il existait un rebord osseux, séparant la peau de la partie postérieure de la tumeur d'avec le pariétal. L'enfant était en dehors de cela très bien portant ; appétit parfait et fonctions intellectuelles normales. Il était obligé de marcher la tête penchée en arrière, et il lui était difficile de dormir, d'autant plus que par suite de la traction en arrière exercée par les téguments, il ne pouvait fermer les yeux.

SEERIG fit l'opération. Il pratiqua deux incisions courbes se réunissant au niveau de la nuque, et sans grand effort

extirpa la tumeur, après toutefois avoir à l'aide du couteau libéré les adhérences plus intimes de la tumeur avec le périoste au niveau de la partie supérieure droite.

Après l'opération, le malade avait la sensation de posséder encore sa tumeur. Un mois plus tard, il était guéri. La tumeur pesait 7 kilos. La masse qui la constituait était blanche et semblable à du lard, entouré de tissu cellulaire, qui s'enfonçait par endroit entre les parties stéatomateuses.

IX

LIPOME PÉRICRANIEN

Ch. M. Petit, 1881

En juin 1879, j'ai trouvé à Clamart sur un sujet mâle de 64 ans, qui servait aux exercices de médecine opératoire un lipôme situé à la partie externe du front, un peu au-dessus de l'arcade sourcillière gauche. La tumeur avait le volume de la moitié d'une noix, la peau était mobile sur la surface. La consistance était mollasse, semi fluctuante. La pression donnait une sorte de crépitation, mais ce phénomène devait être rattaché à un commencement de décomposition, comme nous en avons eu la preuve avec l'extirpation de la tumeur, en constatant dans son épaisseur la présence de bulles gazeuses. Il n'y avait pas de dépression ni de tache noire centrale, comme dans un certain nombre de ces kystes sébacés. En déprimant la peau pour l'appliquer plus intimement sur la masse morbide, on ne voyait pas apparaître cet aspect lobulé en

peau d'orange, qui se produit souvent en pareil cas, quand il s'agit d'un lipôme sous cutané.

La tumeur était située sous le muscle frontal ; j'ai parfaitement reconnu les fibres de ce muscle, dans l'incision transversale que j'ai faite pour l'énucléer. La face profonde du lipôme adhérait quelque peu au périoste du frontal.

La tumeur était d'une consistance mollasse, uniforme. A la coupe elle présentait un aspect lobulé ; sa coloration était d'un jaune rosé ; mais cette teinte particulière, un peu différente de celle qu'offre habituellement le lipôme, me parut en rapport avec le commencement de putréfaction que j'ai signalé tout à l'heure. Malgré cette particularité, la nature lipomateuse de la tumeur m'a paru évidente, ainsi qu'à mon collègue Balzer à qui je l'ai montrée.

Il n'y avait pas d'autres lipômes sur le reste du corps.

X

LIPOME DU FRONT

Heyfelder, 1842

A Trevise naquit en 1824, un enfant portant sur le front une tumeur molle, mobile en certains points, régulièrement circonscrite, ne présentant ni fluctuations, ni pulsations, ni douleurs, et ayant la grosseur d'un œuf.

Cette tumeur fut enlevée 15 jours après la naissance.

On vit qu'elle était de nature graisseuse, lobulée et qu'elle adhérait au crâne.

L'enfant mourut 20 heures après l'opération.

XI

LIPOME DE L'OS ILIAQUE

HEYFELDER, 1842

Catherine Michel, âgée de 3 ans 1/2, de bonne constitution présentait sur la fesse gauche une tumeur considérable, qui avait dix pouces de longueur sur huit de largeur, observée par les parents quelques semaines après la naissance, elle n'avait alors que la grosseur d'une noix.

Cette tumeur était peu adhérente à la peau ; elle était assez circonscrite, pas pédiculée, ni dolente et sans pulsations, on y percevait quelque fluctuation.

Cette fluctuation, son accroissement rapide, montrent qu'elle était en certains points fongueuse; mais sa mobilité, l'aspect saine de la peau, son indolence, le bon état général de la malade indiquent sa bonne nature.

Néanmoins la tumeur fut extirpée.

On trouva d'abord une couche musculaire peu épaisse, qui divisée, laissa voir la tumeur unie étroitement à du tissu cellulaire.

Libérée de ses adhérences, on la trouva en rapport intime avec le côté externe de l'os iliaque, le fémur, les trochanters et jusqu'au sciatique.

L'opération se passa bien et l'enfant ne parut pas en être très affaiblie. Le soir, malgré cela, elle fut prise de fièvre vive, d'agitation, de délire, et mourut le lendemain matin.

Les examens microscopique et histologique de la tumeur démontrèrent qu'on avait affaire à une production graisseuse.

XII

LIPOME DE L'ISCHION

SMITH, 1866

Le lipome dont il s'agit, existait depuis la naissance, au dire de la mère, chez une petite fille de 5 ans. La tumeur faisait saillie en arrière du côté de la fesse et l'on pouvait aussi la sentir en avant entre les vaisseaux fémoraux et les adducteurs. Elle s'attachait solidement en un point de l'ischion.

On l'extirpa par derrière ; on put alors constater qu'elle s'étendait à travers l'adducteur, La partie du lipome qui traversait ce muscle était indiquée par une étroite constriction et il y avait deux lobes, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Le seul muscle qu'il fallut sacrifier au cours de l'opération fut le demi-membraneux qui était si aminci que sa conservation n'était pas possible.

XIII

LIPOME PERICRANIEN

VOGT, 1883

I... P..., âgé de 65 ans, sans maladie antérieure. Il dit avoir remarqué il y a 36 ans une petite tumeur sur le côté droit de la tête; il semble avouer qu'il la possédait déja dans son enfance. La tumeur grossit sans incommoder le malade qui n'y attache par suite aucune importance. En

l'espace de 36 ans, elle prit de telles proportions qu'il devient difficile au malade de trouver de chapeau. De plus entraînée par son poids, elle tombait au devant du sourcil et l'empêchait de se servir librement de son œil droit.

A l'examen, on note une tumeur de forme demi splénique occupant la portion droite de la tête depuis le milieu du pariétal jusqu'au rebord sus-orbitaire, et dépassant un peu la ligne médiane vers la gauche.

Dans sa moitié supérieure, la tumeur est recouverte de cheveux ; dans sa moitié inférieure, elle est recouverte de peau ordinaire, dont la couleur et la température sont normales. A la surface de la tumeur, particulièrement sur les côtés, on note les réseaux veineux très apparents ; on voit également l'artère temporale très distendue.

La peau est mobile sur les plans sous-jacents. La tumeur elle même semble mobile ; la mobilité est plus grande dans le sens antéro-postérieure que de droite à gauche. Il n'existe pas de fluctuation appréciable.

Opération par Vogt. — Incision à droite et à gauche de la base de la tumeur, se rencontrant en bas et en haut d'angle aigu. Après avoir lié les vaisseaux temporaux, la tumeur fut dégagée des tissus environnants. L'extirpation se fit sans grande peine, sauf au niveau du milieu de la base ; la tumeur était intimement unie au périoste sur un espace équivalent à une pièce de 1 mark.

Néanmoins il fut facile de détacher cette adhérence à l'aide du bistouri, on constate également que la tumeur siégeait toute sur l'aponévrose épicranienne et qu'il s'agissait d'un fibrolipome. La peau exubérante fut réséquée.

La tumeur extirpée montrait par endroit un aspect très

différent. Au niveau de la partie périphérique supérieure, elle présentait une consistance dure ; elle était blanchâtre à la coupe, présentant par endroit des raies jaunâtres. Au centre et près de la base, la tumeur plus molle, présentait la coloration jaune propre aux lipomes; elle était sillonnée de taches blanches, s'entrecroisant dans tous les sens. De l'examen macroscopique, il découlait donc que la partie périphérique de la tumeur, lisse et plus dure, avait le caractère fibreux, tandis que la partie profonde offrait l'aspect du lipome.

A l'examen macroscopique, on trouvait dans les parties jaunes, des cellules graisseuses avec quelques rares fibres conjonctives très fines. Les coupes de la portion fibreuse de la tumeur avaient un aspect tout différent, on voyait un très grand nombre de fibres, tantôt allant dans le même sens, tantôt s'entrecroisant, formant un réseau inextricable, et entre ces fibres, des cellules graisseuses en plus ou moins grande quantité.

Le malade guérit et sortit le 5 juin 1883.

XIV

FÉMUR PARTIE INFÉRIEURE

SCHWARTZ ET CHEVRIER, 1906

Femme, 58 ans, domestique, qui a passé toute sa vie à la campagne à cultiver la terre. Bien réglée jusqu'à sa ménopause. Aucun trouble cardiaque, digestif ou hépatique. Pas d'ethylisme.

Il y a 1 an en travaillant, elle se heurta la face externe de la cuisse à 2 travers de doigt au dessus du condyle externe du fémur. Il se forma aussitôt un épanchement sanguin, avec ecchymose sous cutanée.

La tumeur ainsi formée diminua ; puis elle grossit ensuite assez rapidement pendant 2 mois ; les 3 mois suivants, elle augmente peu de volume en comparaison de l'évolution plus rapide des 2 mois précédents ; depuis 5 mois, elle reste stationnaire ; mais l'impotence fonctionnelle s'accroit de jour en jour.

Elle entre à l'hôpital portant une tumeur à la face externe de la cuisse.

A la vue, cette tumeur est grosse comme une mandarine. La peau est amincie, rosée, sillonnée par un réseau capillaire veineux très développé. La tumeur suit les mouvements de la cuisse ; elle les gêne même, le genou reste à demi fléchi, et ne peut plus s'étendre complètement sans causer des douleurs dans la cuisse. On voit des traces de pointes de feu appliquées pour dissoudre la tumeur qui au début avait été prise pour un abcès froid. Au palper, la masse est dure, mais se laisse déprimer. Elle semble adhérente à l'os. Le vaste externe passe au dessus d'elle et se réfléchit comme sur une poulie.

La malade ressent de la douleur quand elle veut fléchir la jambe pour se baisser ; elle souffre aussi quand elle marche plus de 10 minutes ou se tient debout longtemps ; au repos, elle ne souffre pas.

Le 2 novembre, incision sur la face externe de la cuisse du condyle externe jusqu'à 8 centim. au dessus, de façon à décoller du droit antérieur et du crural le vaste externe

sans léser les vaisseaux. On tombe sur un lipôme encapsulé n'adhérant au muscle que par sa capsule, se pédiculisant à l'os à la face externe, au niveau de son implantion, on trouve une exostose grosse comme une noisette. On enlève par dissection la capsule, et on rugine l'os. Puis on réunit l'incision entre le droit antérieur et le bord antérieur du vaste externe. On fait une incision permettant le passage d'un drain sur le bord postérieur du vaste externe entre lui et le biceps crural.

Le 5 novembre on enlève le drain, le 10 les sutures. Réunion parfaite par première intention.

Le 15, la malade se lève ; elle marche sans peine, et son quadriceps fonctionne aussi bien que du côté opposé. Au lit ce creux poplité repose sur le plan du lit.

XV

LIPOME DE L'AILE DU SPHÉNOIDE

Wood, 1875

Chez un garçon de 10 ans, on remarqua, il y a plus de 5 ans, un gonflement au niveau de la fosse zygomatique droite, qui augmente progressivement jusqu'à ce jour. La tumeur apparut peu après dans la bouche et au dehors, refoulant la branche ascendante du maxillaire inférieur. On fit une ponction qui n'amena que du sang.

L'état général était excellent. Pas de douleurs, pas de paralysies, pas d'anesthésies.

La région temporale droite était toute entière occupée

par une tumeur élastique, légèrement irrégulière, derrière laquelle on sentait se contracter le temporal. Le resserrement des mâchoires augmentait la tension de la tumeur. Derrière elle on sentait nettement l'arcade zygomatique beaucoup plus haute que l'opposée et repoussée en dehors. On pouvait sentir facilement au dessous, le masseter se contracter et derrière lui, le condyle se mouvoir librement dans la cavité glénoïde.

Dans la bouche, la tumeur proéminait comme un polype entre la mâchoire supérieure et l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieure. La portion droite de l'arcade dentaire supérieure était reportée en dedans et aplatie, tandis que l'arcade du maxillaire était ouverte, élargie : il s'en suivait que les dents n'étaient plus, en contact, au delà des canines.

Le canal de Sténon était intact.

L'ablation eut lieu le 6 mars 1875. Incision de la peau et de l'aponévrose temporale. L'index gauche fut introduit dans la plaie et les caractères de la tumeur apparurent nettement, ainsi que les connexions à l'os et aux parties voisines,

Une contre-ouverture fut pratiquée par la bouche, l'index fut introduit à son tour. Les 2 index se rencontrèrent dans la fosse zygomatique et permirent de s'assurer que la tumeur adhérait solidement à l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde.

On put énucléer avec les doigts, la tumeur de ses connexions lâches ; puis elle fut enlevée de son adhérence osseuse, après avoir été divisée en 2 parties.

La tumeur avait le volume du poing de l'enfant ; elle

était disposée en lobes polypoïdes semblant rayonner du point sphénoïdal. Les vaisseaux et les nerfs voisins étaient intacts. Il n'y eût presque pas de sang répandu.

Après l'opération, pansement après drainage, et bandage destiné à comprimer les parties élargies.

Guérison après 3 semaines. L'arcade zygomatique était encore proéminente à la sortie du malade de l'hôpital.

A l'examen histologique, on constata qu'on avait affaire à un lipôme myxomateux.

XVI

LIPOME DE LA CLAVICULE

Pearce Gould, 1885

Ce lipôme que portait un tout petit enfant, était situé sous le muscle, sterno cleïdo-mastoïdien et son adhérence à l'os était si intime que le périoste fut enlevé pendant son extirpation.

Après l'opération on vit que la portion de la tumeur attachée à la clavicule, contenait une très mince couche de fibres musculaires striées. Il faut conclure de ce fait que nous sommes ici en présence d'un de ces muscles anormaux si fréquents à la clavicule.

Le tissu musculaire paraît donc avoir subi la dégénérescence graisseuse, le tissu adipeux s'accrut en même temps que grandissait l'enfant : son volume devint tel qu'il attira bientôt l'attention. C'est ainsi que cette tumeur tomba entre les mains du chirurgien.

XVII

LIPOME DU RADIUS

SMITH, 1868

Il s'agit d'un lipôme existant depuis fort longtemps, qui fut enlevé sur l'avant-bras d'un garçon de 9 ans.

Très dense, immobile, il était fixé solidement sur le radius. Il s'était accru progressivement, et très rapidement dans les derniers temps. On l'opéra à l'Hôpital des Enfants de Londres et l'on trouva qui s'implantait sur le col radial. Après l'ablation de la tumeur, le radius était rugueux, dénudé ; il présentait sur le côté où celle-ci s'était fixée, un profond sillon, au fond duquel se voyaient de petits morceaux d'os solidement adhérents au lipôme.

XVIII

LIPOME DU FÉMUR

D'ARCY POWER, 1888

Le malade, un garçon de 9 ans, portaient une tumeur indolente, occupant le tiers supérieur de la cuisse. La peau était mobile, et les veines cutanées dilatées.

La tumeur fut enlevée. Elle était solidement fixée au périoste, au-dessous du petit trochanter. Elle pesait 15 onces et mesurait 6 pouces sur 5. Elle était partiellement capsulée et se composait de plusieurs lobes, réunis par un tissu aréolaire. La consistance était dure.

A l'examen, au microscope, on trouva des amas de graisse, séparés par de gros faisceaux conjonctifs.

M. Power rappelle l'opinion de Butlin, d'après laquelle ces tumeurs sont d'abord fibreuses et deviennent ensuite graisseuses ; mais il estime qu'il n'y a aucune raison pour que les lipômes ne puissent naître du périoste, étant de nature conjonctive. Le tissu connectif proliférerait en un point et les éléments cellulaires se chargeraient de graisse.

Pour ce qui est de l'absence de capsule, M. Power pense que dans la portion encapsulée, la grande quantité de tissu conjonctif peut faire regarder la tumeur comme un fibro lipôme, tandis que l'autre portion serait du lipôme pur.

XIX

LIPOME DES MÉTATARSIENS

Jeanbrau, 1899

Un enfant de 12 ans, portait sur le dos du pied une tumeur saillante, du volume d'une orange, poussant à travers le premier espace inter-osseux, un prolongement dans la plante.

L'extirpation montra qu'il s'agissait d'un lipôme circonscrit, intimement uni au périoste des deux premiers métatarsiens, tous les deux fortement excavés et amincis. Il existait, comme l'examen clinique avait permis de le soupçonner, un prolongement plantaire étalé contre la voûte.

L'excavation des métatarsiens élargissant ainsi l'espace inter-osseux où la tumeur s'était primitivement développée, permit de penser que le lipôme était d'origine congénitale

et avait pris naissance sur le périoste des deux os, dont le développement avait marché parallèlement au sien.

XX

LIPOME DU FRONT

LANNELONGUE, 1891

Chez une petite fille de 10 mois existait une tumeur du volume d'une mandarine, située sur le côté droit du front, au-dessus des sourcils. Cette tumeur avait été remarquée dès la naissance et son volume était alors celui d'une grosse noisette. Depuis lors, son accroissement ayant été très rapide, on eut la pensée en voyant l'enfant à l'âge de dix mois, qu'il s'agissait d'un sarcome.

Extérieurement, les contours de la tumeur étaient bien limités de tous les côtés. La peau n'était pas altérée, mais elle ne glissait pas facilement a sa surface ; par endroits, elle adhérait manifestement. Un rebord osseux prononcé autour de la base du néoplasme indiquait les rapports intimes de sa face profonde avec le frontal. La tumeur n'etait pas mobile, elle faisait corps avec le squelette. Quelques dépressions à la surface semblaient la diviser en lobes réunis profondément. La consistance de ces gros noyaux et de toute la masse était assez ferme, mais peu élastique, La tumeur n'avait déterminé jusqu'alors aucun trouble fonctionnel. C'est uniquement à cause de son accroissement rapide qu'on en fit l'ablation.

Au cours de l'opération, on constata que la tumeur pénétrait dans le frontal. Dans une étendue grande comme

une pièce de cinq francs, cet os présentait une surface ulcérée et des anfractuosités remplies par le néoplasme. Il fallut gratter toute cette surface, et malgré la crainte qu'on en avait, on ne rencontra pas de perforation osseuse, mais presque toute une épaisseur était envahie. Il fallut aussi gratter la face profonde de la peau.

Il fallut l'examen histologique de la pièce enlevée, pour ôter toutes les appréhensions concernant la nature du néoplasme, craintes que l'examen macroscopique n'avaient pas complètement dissipées. Il révéla que la tumeur n'était composée que de tissus adipeux avec fort peu de tissu cellulaire : c'était un lipôme presque pur.

La guérison de l'enfant eut lieu sans incident et s'est maintenue depuis cette époque.

XXI

LIPOME DU CRANE

Sydney Jones, 1831

Un enfant de 20 mois portait une tumeur située sur la suture sagitale, s'avançant en arrière jusqu'au niveau de la fontanelle occipito-pariétale, fluctuante, sauf au pourtour où elle était plus consistante et absolument irréductible. Cette tumeur fut aperçu dès l'âge de 2 mois et elle avait le volume d'une bille. Elle s'accrut très rapidement dans les derniers mois.

Durant l'opération, on constata la présence d'adhérences avec le cuir chevelu et le péricrâne. La tumeur était un lipôme, il pesait 70 grammes.

XXII

LIPOME DU FRONT

Guépin et Orillard, 1893

Un homme de 40 ans se présente à Lariboisière demandant l'ablation d'une petite tumeur qu'il porte au-dessus de la partie moyenne du sourcil droit. Cette tumeur, du volume d'une noix, est douloureuse à la pression ; sa consistance est ferme, sa surface un peu irrégulière, sans lobulation toutefois. Elle est mobile sous la peau superficielle, mais elle adhère au périoste du frontal. A ce niveau, l'os semble présenter une légère dépression.

Si l'on ajoute aux signes précités, le début précoce de la tumeur que le malade affirme remonter à sa plus tendre enfance et qu'il s'est toujours connue, on doit penser au kyste dermoïde. Le siège du néoplasme, son adhérence à l'os, la dépression du frontal sur laquelle il repose, viennent encore appuyer cette hypothèse.

Une incision parallèle aux plis frontaux découvre une masse lipomateuse située au-dessous de la peau et du muscle frontal. Elle est bien circonscrite sans être toutefois encapsulée.

Ce lipôme paraît donc devoir être considéré comme un lipôme périostique très vraisemblablement congénital siégeant au lieu d'élection.

A ce propos, les observateurs font remarquer que ce cas ne paraît pas rentrer dans la catégorie des lipômes congénitaux, dûs à la transformation d'un angiome, selon la théorie de M. Lannelongue.

XXIII

LIPOME DES VERTÈBRES CERVICALES

Bbaquehaye, 1894

Clotilde B..., 18 ans, se présente le 9 mai à la consultation de l'hôpital Trousseau, pour des gommes tuberculeuses de la peau. Par hasard, on remarque une tumeur médiane et adaptée à la partie inférieure de la nuque.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Sans affirmer que cette tumeur existait à la naissance, la malade assure l'avoir toujours connue, aussi loin que remontent ses souvenirs. A 12 ans, elle avait le volume d'une noix.

Actuellement, elle est médiane, et elle forme à la base de la nuque une voussure arrondie, régulière, applatie, allongée verticalement, absolument indolore. Latéralement, elle se continue peu à peu avec les parties voisines. La peau normale adhère à la tumeur, qui est peu mobile sur la couche profonde.

Le 16 mai, intervention. On incise ; on tombe sur une tumeur formée d'une agglomération de lobules graisseux fins. Sur les bords, elle se continue avec la graisse sous-cutanée. Elle est vasculaire et saigne abondamment. Il faut une dissection attentive pour la séparer des apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales. On remarque après l'ablation, au niveau d'une apophyse épineuse, une lame fibreuse qui séparait l'os de la tumeur.

Les suites de l'opération ne présentent rien de spécial à signaler.

XXIV

LIPOME DU FÉMUR

Walther, 1895

Emile N..., âgé de 13 ans, entre le 3 août 1892 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur Tillaux, alors suppléé par M. Waltker.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Il ne saurait dire exactement le début précis de la tumeur qu'il présente à la cuisse droite, mais depuis un certain nombre d'années déjà, celle-ci était plus grosse ; ce n'est que depuis 18 mois que l'augmentation a été rapide, et les troubles de la marche ont débuté il y a six mois seulement. Jamais de douleurs.

La cuisse droite est déformée par une tumeur volumineuse qui saille en avant et sur les faces latérales. La face postérieure n'est pas déformée. La tumeur occupe toute la hauteur de la cuisse. Pas d'altération des téguments. Vascularisation cutanée exagérée.

L'exploration, l'enfant couché, donne des renseignements complets. La consistance est très molle, égale, fluctuante. On peut mobiliser la tumeur dans sa partie inférieure. En haut, exploration difficile à cause de la profondeur des régions à explorer ; elle est moins mobile en cet endroit. La contraction du biceps réduit la tumeur, l'immobilise, la durcit. Bref, l'exploration montre : 1° Que la tumeur est profonde, sous-tricipitale ; 2° qu'elle est fixée dans la profondeur à sa partie supérieure.

On rejette le diagnostic d'abcès froid, malgré la fluctua-

tion, par suite de l'intégrité du squelette et des articulations et l'on s'arrête au diagnostic de volumineux lipôme.

De plus, la situation profonde de la tumeur, l'adhérence probable au squelette, le développement insidieux, puis rapide, chez un enfant de 13 ans sont des caractères habituels aux tumeurs congénitales.

Opération le 10 août. Incision de la peau. Le droit antérieur est récliné, la lame tendineuse des vastes sectionnée. On aperçoit un volumineux lipôme encapsulé, siégeant sous le vaste externe et une seconde tumeur à la partie interne de la loge. Ces deux lobes se confondent en haut et aboutissent à un pédicule fibreux qui s'attache au fémur, au-dessous du petit trochanter. Des lames musculaires tricipitales adhèrent par endroits à la tumeur ; le pédicule adhérent au périoste est isolé et détaché, laissant une surface osseuse rugueuse, mamelonnée.

Les vaisseaux liés, les divers plans suturés, la plaie est refermée.

Suites très simples. L'enfant sort de l'Hôtel Dieu le 8 septembre, guéri.

La pièce enlevée pèse 1.400 grammes. Elle comprend deux masses ovoïdes appendues à un pédicule, offrant à la coupe tous les caractères du lipôme.

L'examen histologique n'a pu être fait, mais les caractères microscopiques étaient assez nets pour classer la tumeur, en partie fibro-lipômateuse, en partie purement lipômateuse.

XXV

CLAVICULE

Schwartz et Chevrier 1906

C..., femme de 52 ans, entre le 8 octobre 1896 ; fièvre typhoïde à 15 ans ; accidents syphilitiques.

Il y a dix ans, à la suite d'un violent effort, la malade ressentit une douleur très vive au niveau de la clavicule ; la douleur persista quinze jours environ et c'est après une quinzaine de jours également qu'apparut, à ce niveau, une petite tumeur, qui n'a, depuis, grossi que très lentement, sans occasionner aucune gêne fonctionnelle. Le Docteur P..., de Rouen, vit le malade, il y a deux ans ; il parla alors de glonflement de l'os et prescrivit de l'iodure de potassium. La tumeur a grossi plus rapidement depuis 10 mois.

Actuellement, on constate, au niveau du tiers moyen de la clavicule, l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine environ, et non douloureuse spontanément, ni à la pression.

On remarque, par la palpation, de la fausse fluctuation à la partie externe de la tumeur ; mais du côté interne, on sent une sorte de pointe dure et comme osseuse.

La tumeur adhère nettement à la clavicule ; cependant, en la mobilisant avec force, on sent une sorte de crépitation qui fait supposer qu'elle est mobile sur cet os. L'état général de la malade est excellent.

Opération le 11 octobre. Après avoir incisé la peau, on tombe sur la tumeur recouverte d'une couche de fibres

musculaires. Cette tumeur est contenue dans une enveloppe et tient à la clavicule par un pédicule osseux, qu'il faut rompre pour enlever la tumeur. Examinée après l'opération, cette tumeur présente absolument l'aspect d'un lipôme, dans lequel on trouve une masse osseuse dont la forme rappelle celle d'un humérus avec trochlée et condyle. Guérison rapide. Sortie le 19 octobre.

XXVI

LIPOME RACHIDIEN

Schartz et Chevrier, 1906

P..., homme de 45 ans, solidement musclé, ne présentant aucun antécédent personnel ou héréditaire à retenir. Il a exercé dans sa jeunesse le métier de tonnelier ; mais depuis trés longtemps, il a une situation de bureau. A l'âge de 30 ans environ, il s'est aperçu du développement d'une petite grosseur, située au milieu du dos.

Cette tumeur avait à ce moment le volume d'une noix. Elle a grossi très lentement pendant les premières années, un peu plus rapidement ensuite ; le développement a été surtout rapide depuis un an. La tumeur qui était d'abord absolument indolente, est devenue légèrement sensible ; le malade redoute les chocs et prend garde à ce que les portes en se fermant ne viennent pas lui heurter le dos. Il a eu l'occasion de voir M. Léon Labbé, qui l'a envoyé à Cochin, où il entre le 9 avril 1902.

La tumeur, située au milieu du dos, à la hauteur de la

8e ou 9e vertèbre dorsale, a le volume d'un œuf. Elle est très légèrement aplatie, un peu discoïdale. Elle s'étend un peu plus du côté droit de la ligne médiane que du côté gauche. La consistance est molle, presque fluctuante ; la tumeur est fixée dans la profondeur, tandis que la peau glisse facilement sur elle. La palpation révèle aucun point douloureux ; les mouvements de la colonne sont très libres. Le diagnostic d'abcès froid est écarté et celui de lipôme fixé.

A l'opération, on constate, après incision parallèle au grand axe de la tumeur, que la tumeur n'est pas partout bien isolable du pannicule adipeux environnant. De plus elle s'infiltre, s'enfonce profondément entre les muscles des gouttières. En poursuivant ce prolongement profond, on arrive jusqu'au contact des apophyses épineuses. La tumeur est fortement fixée à l'une d'elles.

Le malade ne reste que deux jours dans le service. Il sort et revient à la consultation. Les fils sont enlevés trop tôt, avant cicatrisation complète et la plaie se désunit en partie. Malgré cet incident, la plaie se guérit bien et sans suppuration.

XXVII

LIPOME RACHIDIEN

Holmes, 1867

Le petit malade, âgé de trois ans, avait été admis dans mon service à Saint-George's Hospital, le 3 novembre 1864, à l'occasion d'une vaste tumeur qui occupait le cou

depuis un temps indéterminé. La mère paraissait pourtant être certaine que cette tumeur n'existait pas à l'époque de la naissance. Quoi qu'il en fut, elle faisait une forte saillie à la face postérieure du cou et au-dessus de la clavicule, mais elle ne paraissait pas s'étendre jusqu'au voisinage des vaisseaux carotidiens en avant, non plus que jusqu'aux vaisseaux sous-claviers inférieurement. En arrière, la tension des tissus ne nous permettait pas de préciser exactement dans quelles limites elle s'étendait. Elle offrait à la palpation une consistance inégale, à ce point que sur certaines parties, on pouvait penser qu'elle renfermait du liquide ; et pourtant, on nous disait qu'une ponction déjà pratiquée antérieurement au niveau d'un de ces points n'avait donné issue à aucun liquide, et moi-même, en renouvelant ce mode d'exploration, je ne trouvai trace de liquide en aucun point de la tumeur.

Je pratiquai l'opération de la manière suivante. Je fis une incision en T, dont je disséquai largement les fibres à la surface de la tumeur. Cette dernière était enveloppée d'une capsule bien limitée et facile à détacher des parties qui l'entouraient dans toute la portion antérieure du cou ; mais en arrière, elle offrait un prolongement volumineux en forme de langue, qui s'enfonçait profondément jusqu'à la rencontre des apophyses transverses des vertèbres cervicales, avec le périoste desquelles la capsule fibreuse de la tumeur paraissait être si intimement liée que les deux tissus ne faisaient plus qu'un. Je dus apporter une certaine force pour procéder à l'extraction de cette masse ; et à mesure que des nouvelles brides, formant adhérences, se trouvaient ainsi attirées, je les coupais avec le btstouri,

le tranchant toujours tourné vers la tumeur, et, de cette façon, je finis par enlever la masse entière.

En l'examinant ensuite, il fut facile de reconnaître qu'elle était formée de tissu adipeux et que ses parties les plus résistantes étaient du tissu fibreux.

Après l'opération, l'enfant guérit et la dernière fois que je le vis, aucune rétraction de tissu cicatriciel ne paraissait devoir se produire.

BIBLIOGRAPHIE

ARCY POVER. — *The Lancet,* 1888,

BRAQUEHAYE. — *Bulletin de la Société anatomique*, mai 1894.

BOUJU. — Thèse de Paris, 1892.

BROCA. — Traité des tumeurs, Paris, 1869.

CARL FIBER. — *Deutsche zeitschrift für chirurgie*, 1880.

CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.

CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique générale, 1856.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.

DUVAL. — Histologie.

PÉARCE GOULD. — *Britisch médical journal*, 1885.

GROSCH. — *Deutsche geitschrift füs chirurgie*, 1887.

GUÉPIN et ORILLARD. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1893.

DELBET. — Traité de chirurgie.

HEYFELDER. — De lipomate et steatomate, zu Stuttgart, 1842.

HOLMES. — Thérapeutique des maladies des enfants (trad. LARCHES) 1890.

JEANBRAU. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1899.

SYDNEY JONES. — *Transaction of the pathological Société of London*, 1881.

HURAULT. — Thèse de Paris, 1900.

KIRMISSON. — Maladies de l'appareil locomoteur, Paris.

— Traité des maladie chir. d'origine congénitale, Paris.

LANNELONGUE. — Traité des kystes, Paris, 1884.

— Affections congénitales, Paris, 1891.

— Dans SÉNAC. Thèse de Paris, 1884.

MAILLET. — Thèse de Bordeaux, 1906.

MATHIEU. — *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1891.

PETIT. — *Bull. de la Société anatomique*, 1881.

SEERIG. — Geschischte émies schr grossen stéatome, Berlin, 1836.

SÉNAC. — Thèse Paris, 1884.

SCHWARTZ et CHEVRIER. — *Revue de chirurgie*, 1906.

SMITH. — *Transact. of the pathol. Société of London*, 1866-1868.

VERNEUIL. — Thèse LECLERC, Paris, 1882.

WALTHER. — *Mercredi médical,* 1895.

WOOD. — *Transaction of the pathol. Society of London,* 1875.

WEISS et SENCERT. — *Revue médicale de l'est,* 1909.

FROELICH. — *Revue médicale de l'est,* 1910.

— Pratique des maladies des enfants, S. BALLIÈRE, Paris, 1911.

Vu : le Président de la Thèse,
WEISS.

Vu : le Doyen,
Pour le Doyen
l'Assesseur,
WEISS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Nancy,
CH. ADAM.
Correspondant de l'Institut

IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE LA LIBRAIRIE OLLIER-HENRY
26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, PARIS